

精神医学の知と技

Knowledge and Arts of Psychiatry

精神科と私

二十世紀から二十一世紀の六十年を
医師として生きて

笠原 嘉
Yomishi Kasahara

中山書店

はじめに

精神科医になつていつの間にか六十年になろうとしています。そしていつとなく自伝を書いてみようと思うようになりました。日本精神神経学会が学術総会時に「先達に聴く」というコーナーを設けて、老人の話を聞く機会をつくつて下さったのが一つの刺激になりました。しかし、書き出してみると自伝の難しさがわかりました。どうしてもナルシスティックになるからです。そのことが気になつて筆を折っていたのですが、出版社をそいつまでもお待たせするわけにいきません。不満足なままお目にかけることにいたします。ご容赦下さい。

振り返ると、この六十年は日本の精神科医療に大きな変革が起つた時期でした。どの診療科も第二次世界大戦後と比較すると大きな進歩を遂げましたが、精神科は（あまり一般のニュースになることはありませんが）もつとも変貌した診療科の一つではないでしょうか。わかりやすい例を挙げると、昭和三十年に比すると、三十～四十年代に精神科病院の新設ラッシュがあつて、病床数は十倍にもなりました。患者さんが増えたのではないのです。それまで未収容の人を入院させた結果です。同じ頃から脳に作用する本格的な薬物療法が始まつて、外来通院治療の可能な人が増え、うつ病などは外来で扱える病気になりました。昭和六十年前後からは内科医院と同じ

ような街角の診療所スタイルの精神科ができ始め、今や全国至るところにあります。これにはどういうわけか（この二十年ばかりの間に）精神障害がおしなべて軽症化してきたことも関係しています。そして世間の偏見も大幅に減り、精神科受診を一層容易にしました。この一連の変化は、私の見た限りではありますが、記録しておくに値すると思います。これが本書を執筆する一つの動機です。

個人的なことを言えば、医学部を卒業して精神科医になる道を選んだ時、誰も賛成してくれず、心細い思いで出発しました。今から思うと、精神科はどういうところか、よく知らなかつたのです。その上、入局した大学の医局で、当時も今も主流派多数派の生物学的・精神医学を選ばず、少数派の心理学的精神医学（精神病理学）を選んだものですから、医学部の一員としてずっと坐り心地の悪さに悩まされました。しかし、その坐り心地の悪さのゆえに、以来、先輩同僚に学び、文献を読み、治療すべき病人諸氏からも多くを教えられ、そして時代に揉まれながら、精神医学とはどういう学問か、精神科医とはどういう仕事か、自分なりにいつも考えながら生きできました。私が今日あるのは、精神医学がもともと私に合っていたのではなく、口はばつたいですが、精神科医たろうと日夜努力し、ようやくこの程度になつた、というのが本心です。もちろん多くの方々から有形無形のご助力をいただいてのことです。

ところが、二十世紀も終ろうとする一九九〇年代に入つてから、米国から新しい診断学が、そういうつてよければ公衆衛生学的精神医学が『黒船』のごとくにやつてきました。予想しなかつた

ことでした。その背後には薬物療法の進歩に代表されるような生物学的研究の進歩があり、医学一般と平仄を合せて精神の病気もデジタルにとらえようという思想がありました。二十一世紀は多分しばらくはこの新学派が指導力を發揮するでしょう。では二十世紀に一定の進歩を示したと思われる心理学的治療学的精神医学はどうなるのか。薬物の投与だけではすまない街の臨床家にとつては気になるところです。これが本書を書く第二の動機です。歐州風のよいところは二十一世紀にも少なくとも治療学としてひきつげないものか。

以下は、日本という国に生を受けた私の二十世紀後半に歩んださやかな精神医学的履歴です。精神医学以外のことがらはすべて省きました。というより、私は精神医学以外のことは何もせず八十歳を超してしまいました。われながらその不器用さには唖然といたします。

ときどき求められて「精神科と私」と題して講演していたのが、中山書店平田直社長のお目にとまり、この度シリーズの一冊になることになりました。感謝します。何もノイエスがないのですが、おひまがあれば斜め読みして下さい。

平成二十四年四月

笠原 嘉

目 次

はじめに

第一章

医学生の精神科医という職業選択——逡巡と決断

第二章

新人医師生活——病棟の重症患者に出会い、ショックを受ける。

それまで心酔していた精神分析では通じないと覚る

第三章

大阪ミナミ体験。鬼軍曹（？）的な講師から、

神経学の初歩とヤスパース「精神病理学総論」と両方を仕込まれる

第四章

母校へ帰り新任教授の下で精神病理学（精神医学的心理学）を専攻する。
分裂病発病の際の心因論的側面というテーマをもらい難渋する

第五章

薬物療法の時代始まる——それまで病棟でじつとしていた統合失調症の人が
動き出し、会話が可能になり、コンタクトがとれるようになる。
うつ病の外来患者が増える。うつ病の病前性格研究おこる

第六章

神経内科という診療科が独立し神經精神医学から神經学の比重が減る。

それとともに、本来の「精神医学とは何か」をより真剣に問うようになる

第七章

診療体制の変化が生じる——一九五〇年制定の精神衛生法の影響が徐々に出始める。

私立精神科病院が全国に多数設立され、病床数が三万から三〇万に激増する

第八章

新設の大学保健管理センターへの配置転換。

大学生のクランケをたくさん診る

第九章

全国規模の大学紛争に出会う。全学のそれがおさまった後にも
医学部には長々と残つた——反精神医学に関心をもつ

第十章

欧洲風の精神医学の人間学に魅かれ、自分でも試みに一、二論文を書いてみる。
二十世紀の精神病理学の一特徴と思う。
しかし自分には合わないと想い、手を引いた

第十一章

留学の不首尾。代償として短期間の外国研究所滞在を何度もする。
彼我的臨床学に微妙な差のあることを痛感する

第十二章

研究の軌跡――

いつとなく健康保険下で行われる「日本の診察室での臨床研究」を
自分の業と定める

第十三章

入局二十年目にして名古屋大学教授に配置転換――

その一九七二年以来今日まで四十年を名古屋で過ごす。住みよい街で、
その上皆がよくしてくれる。第二の故郷になった

第十四章

自己流の外来精神医学の試みを「うつ病」をモデルにしておそるおそる始めた

第十五章

産業立県の趣の強い愛知県にきてはじめて大企業の産業精神保健に関わる

第十六章

「役に立ちたい」という生来のお節介が出て、啓発書をいくつも書き、必ずしもこのましからぬ「出版精神医学」の台頭に荷担する

第十七章

米国からDSM-IIIという『黒船』来る。

この公衆衛生学的精神医学によつて明治以来の欧洲風の精神病理学は駆逐される。
国立大学を定年退官し、その後数年間私立医大を経験する

第十八章

予期しなかつた成行から、日本精神神経学会理事会に
六年間関係する（一九八八～一九九四年）

第十九章

七十歳にして、縁あって街角の外来クリニックに就職。
以来十四年を診療一筋にすごす。私にはこの仕事が合っていた！

第二十章

薬物療法がベースになった今こそ、それを補完する
「日本に合つた」小精神療法を提案したい

終章

293

二十世紀におこった精神病理学は後生に何を残せるか。

二十世紀後半におこった米国のDSM精神医学の「次には」

どういう精神医学がくるのだろうか

笠原嘉

おもな著作一覧

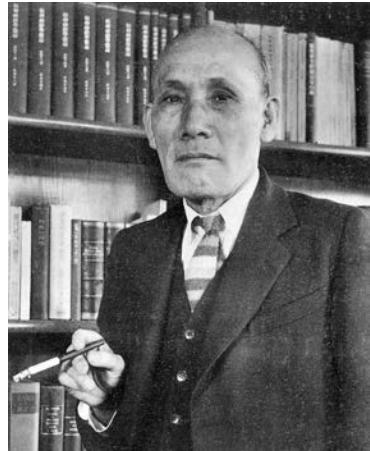
第二章

新人医師生活——病棟の重症患者に出会い、ショックを受ける。
それまで心酔していた精神分析では通じないと覚る。

三浦百重教授

入局時の教授は三浦百重（みうらももしげ）という名の先生でした。もうご退官直前で、当時の二十代中葉の私の眼からすると随分のご老体に見えましたが、自分が八十歳を超えた今考えると退官直前というと六十歳を少しすぎたくらいであられたわけで、ご老体とみるのは失礼でした。事実、先生はご退官以後、新設の鳥取大学の学長になられたり、さらにいろいろ公職をご経験になりました。

しかし、先生はお若いときから大人の風があつたというご評判で、当時も矍鑠かくじゆくとしておられ、廊下や階段ですれ違うとき、自ずとこちらに直立姿勢をとらせる威厳がありました。大学教授の



三浦百重先生

重々しさを帯することでのきた最後の時代の人ではなかつたか、と思ひます。それだけに下手なことをいえない怖さがありました。

こういう威厳には、背後の時代背景が影響するのではないかでしようか。後に述べますが、昭和四十年代に始まる大学紛争などは、その功罪はともかく、大学教師陣から威厳を剥奪することに大いに成功したように思ひます。

三浦先生の聲咳にはじめて接したのは、入局のお願いに教授室へ参上したときです。淡淡とした声で、「精神科ではしばらくお金を出せないが大丈夫か」と言われたのを記憶します。「申しわけないが」というニュアンスを言外に感じさせるような言い方でした。当時は無給副手が当たり前でしたから、「三年は飯の食えない覚悟はしていました。今いうバイトのようなものは当時全くありませんでした。そもそも精神科病院もクリニックもごくごく少ない時

代でしたから。先生には、私だけでなく教室員や看護師などみんな、よく教授室へ呼びつけられて叱られました。病棟で事故があったときなど、翌朝、関係者一同が呼び出され、横並び一列になつて油をしぶられました。私個人の経験もあります。アルコール依存の若い男性の担当医だった新米の私がある日面会にきた母親に、不用意にもこの障害の予後について樂觀論を口にしたところ、すぐ秘書を通じて呼び出され、樂觀論のもつ危険についてお説教をくらいました。口先だけの慰めは精神科では何の役にも立たない。むしろ黙つて家族の泣き言を聞くことを学べ、と教えられました。不覚にも知らなかつたのですが、この患者さんの家族は教授のお知り合いだつたようで、母親が私に会つた後すぐ教授に会いにいかれたので、バレてしまつたわけです。しかし、このお叱言も新米の私には深く効きました。

先生は根っからの教育家だつたと思ひます。精神科の診療術のようなものも、先生の外来診察にシユライバーとしてついた一年半の間に教えられたやり方を五十年後の今も使つているのに気付いて驚きます。患者さん一人の診察がすむごとに、先生は次のようなサマリーを口述されます。「病人は入室時しかるべき挨拶ができた。衣服も乱れておらず礼容も保たれている」「こちらの質問の意味を理解し即座に返答できる。が、声が小さく、かつ感情表現が平板である」などと続く。これをシユライバーが記録するのでした。ハンマーや音叉や眼底鏡を使う神經学的な診察には一九〇〇年前後のフランスのシャルコー、バビンスキー以来の長い伝統があつて、それを日本でも踏襲していましたから困らなかつたのですが、診察室で病人の語る、かたちのない心理社会

症状の記述には残念ながら一定のものがなかったのです。クレペリンのもの、ヤスパースのものなどが知られていましたが、日本には日本の現実に似合った記述の仕方が望まれました。当時の精神科指導者できちんとした記述を心がける人はあまりなかつたのです。この点三浦百重先生は根っからの教育者だったといえましょう。

その当時の大ぶりな治療法

サイズのそれほど大きくない社会、そしてちょっとうるさい親父が一人いて、ほどほどに規律がある。そういう世界に入つて私はほどよい緊張を与えられ、学生時代と違つて働き者に変わりました。

新米の朝の仕事は忙しい。病棟のインシュリン・ショック療法、梅毒性の進行麻痺の人たけの発熱療法、外来の電気衝撃療法。薬物療法が始まる前の精神科のこういった治療法はどれも、今思うと驚くほど“大ぶり”（？）でした。大ぶり、というのは生命の危機をちょっととかすめるような仕方の、全身療法でした。それだけに医師や看護者には今よりも緊張が高かつたのではないか。

たとえば、インシュリン療法は統合失調症の入院患者のための治療法でした。朝食前にインシュリンを注射して血糖値を下げ、二時間くらいかけて昏睡に陥らせ、そこから高張ブドウ糖を一

気に静注して覚醒させる、というものでした。ときどき覚醒がスムースにいかなくて、やきもきしたことを覚えていました。「遷延」^{せんえん}と呼んでいました。一クールとして昏睡を一〇回くらいおこさせました。

電撃療法は外来でも行える当時の精神科の代表的な治療法でした。イソゾールを注射して、前頭部に電撃をかけて全身痙攣をおこさせ、全身状態が落ち着いたことを確認して、別室に移し、麻酔の覚めるまで暫く眠つてもらつた後、帰宅してもらう。一日に一〇人から二〇人くらいを外来でやっていました。どういう患者さんだったでしょうか。統合失調症の人、うつ病の慢性状態の人、のみならず神経症の人にもやりました。「ちょっとまた電気をお願いします」といつて気軽にやって来る軽うつ状態の人たちが少なくなかったことを記憶します。

しかし、全身麻酔をして全身痙攣をおこさせるこの治療法は、効くとわかつていても、医師にとっては何となく重荷です。そのせいでしょうか、薬物療法の開始とともに急速にすたれました。が、今でも難治なうつ病には試みるに値するよい治療法として知られています。ただし、今では麻酔は麻酔医にお願いしてやる規則になつてるので、昔のように外来で今すぐ手軽に、といわけにいきません。

進行麻痺の治療はもう過去の遺物ですが、マラリヤ患者を探して血液をもらつてきて発熱療法をやりました。よい種(?)にあたると、見事に規則的に発熱しました。

現在はその微妙な作用機序にはなお不明の部分が大きいとしても、脳の神経伝達物質ドパミン

やセロトニンに関係する内服薬と注射を使ってする純内科的な薬物療法をベースにする時代になりました。喜ばしいことです。更なる発展を望まずにはおれません。

外来では、上記の教授診察のシユライバーの外、簡単な検査もフレッシュマンの仕事でした。脊髄液を採取するためルンバール穿刺をし細胞の数を計算する。進行麻痺が多かつたせいで、フレッシュマンにはごく一般的な仕事でした。しかし病院全体の検査室が出来て気安く依頼できるようになって、なんと有り難く感じたことか。医学の進歩とはこういう手続きの進歩でもあります。しかし、その分、精神科医にも出来た脊椎穿刺の腕前を磨く機会はなくなりました。

午後になると精神科教室全体が静かになる。先輩たちは自室に引き上げる。私たち新人にも一つづつ机が与えられていたので、そこで過ごしました。これは贅沢なことでした。内科や外科へいった友人は、入局者が多いので机どころか引出しつだ、といつていきました。

精神科の有難いことは教室に専用の図書室があつて、そこで過ごせる時間をもてたことです。私より三級下の、ドイツ留学の長かつた木村敏先生がどこかに書いていましたが、この図書室は内容的にドイツあたりの大学のそれに引けを取らないどころか、それ以上のものだそうです。私も当時のありあまる時間をここで過ごすことを楽しみにさせてもらつた者の一人です。

しかし、精神科にあつたこの静謐はいつとなく失われました。もちろんそれは精神医学の進歩と平仄を合わせています。たとえば、精神科の入局者も私の年は六人だったのが、次の年には十一人になり、その次には、というように増えて行きました。項を改めて述べたいと思います

が、薬物療法が主流になつてからの、そしてもう一つ精神衛生法という法律ができるから的精神科医は何と忙しくなったことか。

話を元に戻します。入局後、日が経つにつれ新人にも夜間当直の順番が回つてくる頻度が増え、六つある精神科病棟のそれぞれの特徴がすこしづつわかつてきました。それにつけ、新たな悩みが生まれました。

重症病棟

それは重症病棟の独特の雰囲気のことです。

なにぶんにも、薬物療法の始まる直前の時代のことです。全部で六つあつた病棟のうち、男女それぞれに二つずつあつた閉鎖病棟は、天井の高い広い空間に十数床の背の低いベッドが並んでいて、そこに患者さんが布団にくるまつて各々横臥している。シーンとしていて、人を寄せ付けない静けさが支配している。興奮時のために保護室は別のところにあり、病室にいる人たちは静かすぎるほど静かな人たちばかりでした。

そして、困つたことに独特的の不快臭があつた。教授がうるさいから、日々それなりの掃除は忠実に行われているにもかかわらず、臭いがあつた。看護師がいうには、いくら掃除しても臭いが残る。ある研究者などは眞面目な顔で、この臭気を分析したら病気の生物学的原因の一端に到達

できるのではないか、などといつていきました。

こうして私ははじめて精神病（Psychosis）というものの重々しさを知ったのです。そのころの私はもう、精神分析だけでは精神科はダメだ、と感じてはいました。しかし、不十分ながら学生時代から親しんできたフロイドへの熱い思いがまだまだ残っていて、未練がましく執着しているのです。しかし、病棟に一日動かないでじっと横臥している統合失調症の人と^{まだ}正対しないわけにいかないのがこの職業です。とうとう覚悟せよ、と頭をぶんぬぐられた感じでした。

正直、若干の逡巡を覚え、果して精神科医を続けられるだろうかとさえ思ったこともあります。ついこの間精神科医であることを決心したばかりですのに。このことは誰にも口外しませんでしたが。

ヨーロッパ医学の匂いを嗅ぐ

毎週水曜日の午後、「演習」と称して教室員だけの定期的な研究発表会がありました。三、四〇人が机を開んで円座になつて座れる大部屋があつて、そこで毎週当番に当たつた人が一時聞く発表し、続いて自由討論がなされました。新人にも発言が許されていました。神経学、神経病理学、精神病理学、生物学的研究など内容は様々でしたが、全体として歐州の精神医学の影響が色濃いことは新人にもわかりました。そのころ戦後始まった米国医学の影響力がようやく医学

部全体に定着しだしたように思えていた私には、少し意外でした。

たとえば、フランスから帰ったばかりの荻野恒一（おぎのこういち）先生の帰朝報告に多くの質問が飛び、活発な議論がなされるといった具合でした。荻野先生は村上仁先生を助けてジヤネの紹介につとめる一方、ドイツはチューベンゲンのクレチマー一派の「敏感性関係妄想」の紹介にも力を割いておられました。DSMの時代になつて忘れられていますが、クレチマーの業績は二十世紀の精神病理学から外すわけにいかないものです。先生はついでフランスへ留学し、三浦岱栄（みうらたいえい、慶應大精神科教授）、小木貞孝（後の小説家の加賀乙彦）、堀内秀（後の小説家のなだいなだ）らとともに戦後のフランスの精神医学の風をいち早く持ち帰つた一人になりました。しかし、荻野先生はどういうご事情があつたのか、多分、大学教師の席がまだ少なかつたからだったのでしよう。京都を早く離れ、金沢、名古屋、東京と移りすみ、主として文系の人たちと交わり、それぞれのところで足跡を印しました。私がもつとも評価するのは、知多半島のすぐ沖にある「日間賀島」と「篠島」という二つの離れ小島を対象に社会精神医学的仮説を構築されたことです。

もうお一人、弁のさわやかな越賀一雄（こしがかずお）という先生がおられ、この方からも私は影響を受けました。同級生の大橋博司（おおはしひろし）先生とともに、旧制高校時代からの野球選手でしたので、二人が寄ると野球談義に花が咲いていましたが、同時に坂田徳男（さかたとくお）という京大医学部出身の哲学者の私塾で読書会を続けている不思議な人々でした。当時

「時間体験の精神病理学的考察」（精神経誌、五五巻、六五七一六七〇頁、一九五四年）というユニークな論文を発表して意氣軒昂でした。なるほど哲学というのは、精神病理学にとつて基礎学なのだ、とこの人から教えられました。後に木村敏氏の肝煎りで、当時の文学部哲学科の辻村公一（つじむらこういち）教授をお迎えしてハイデガーの『有と時』（ザイン・ウント・ツァイト）の読書会をしばらく続けたことがあります。生物学的な研究をする人が基礎医学の研究室で教えてもらうのと一脈を通じるでしょうか。哲学好きの京都人ならではのことだったかもしれません。

先輩の話によると、この演習の行われた大部屋はかつて（昭和二十年代）満田久敏（みつだひさとし）と村上仁（むらかみまさし）という教室始まって以来の両秀才が丁丁発止の議論を戦わせた古戦場（？）として記憶されるべきところだ、ということでした。満田先生は遺伝から攻める生物学的学者で非定型精神病（満田病）という疾病単位を提唱した人、かたや、村上先生はジヤネを下敷きに万巻の書を読む精神病理学者、そしてどちらかといふと心因論的な解釈を好み人。こういう正反対の立場からの討論で、聞いていれば面白かったであろうと思います。先輩の話によれば、議論は延々と続き、両者なかなか席を立たなかつたということです。どこまで本当かわかり兼ねますが、いかにも大学らしい逸話です。

せいしん いがく ち わざ
精神医学の知と技
せいしん か わたし せいき せいき ねん いし い
精神科と私 20世紀から21世紀の60年を医師として生きて

2012年6月5日 初版第1刷発行 著者…………笠原 嘉
〔検印省略〕 発行者…………平田 直
発行所…………株式会社 中山書店
〒113-8666 東京都文京区白山1-25-14
TEL 03-3813-1100 (代表)
振替 00130-5-196565
<http://www.nakayamashoten.co.jp/>
装丁…………花本浩一（麒麟三隻館）
印刷・製本…図書印刷株式会社

© Yomishi Kasahara

Published by Nakayama Shoten Co.,Ltd.

Printed in Japan

ISBN978-4-521-73491-0

落丁・乱丁の場合はお取り替え致します

●本書の複製権・上映権・譲渡権・公衆送信権（送信可能化権を含む）は株式会社中山書店が保有します。

●JCOPY 〈社〉出版者著作権管理機構 委託出版物

本書の無断複写は著作権法上の例外を除き禁じられています。複写される場合は、そのつど事前に、(社)出版者著作権管理機構（電話03-3513-6969、FAX 03-3513-6979、e-mail: info@jcopy.or.jp）の許諾を得てください。

本書をスキャン・デジタルデータ化するなどの複製を無許諾で行う行為は、著作権法上での限られた例外（「私的使用のための複製」など）を除き著作権法違反となります。なお、大学・病院・企業などにおいて、内部的に業務上使用する目的で上記の行為を行うことは、私的使用には該当せず違法です。また私的使用のためであっても、代行業者等の第三者に依頼して使用する本人以外の者が上記の行為を行うことは違法です。